

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 53

Statistique du trachome à Lyon depuis sa déclaration obligatoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René SÉNÉGAS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 27 Janvier 1906 à BIZERTE (Tunisie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

STATISTIQUE DU TRACHOME A LYON
DEPUIS SA DÉCLARATION OBLIGATOIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Statistique du trachome à Lyon depuis sa déclaration obligatoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René SÉNÉGAS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 27 Janvier 1906 à BIZERTE (Tunisie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM	PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		GAYET
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie		BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON
Anatomie pathologique		FROMENT
Chirurgie opératoire		CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE
Médecine légale		PATEL
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie		COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY
		LEULIER
		PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM.	VALLAS
Propédeutique de gynécologie		CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance		RHENTER
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER
Applications du radium		NOGIER
Stomatologie		TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, *président* ; DUFOUT, *assesseur* ;
DEVIC et GATÉ, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ils m'ont toujours montré le chemin du devoir, et entouré de la plus tendre affection.

Je leur dois tout.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Chirurgien des Hôpitaux

*Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté
de Médecine de Lyon*

Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Nous le prions de croire à notre pro-
fonde gratitude.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

STATISTIQUE DU TRACHOME A LYON DEPUIS SA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Introduction

A la suite de l'intervention du Professeur de Laperonne à l'Académie de Médecine, en 1920, la Déclaration obligatoire du Trachome a été décidée, en France, et cette maladie relève de la loi de 1902 sur la Protection de la Santé publique, depuis le 1^{er} avril 1924.

En face de cette mesure, et sous l'inspiration de M. le Professeur Rollet, il nous a paru intéressant d'établir une statistique des Granuleux de la région lyonnaise, et d'examiner la position de cette affection dans l'ensemble de la pathologie oculaire.

Nos recherches ont porté sur tous les malades de la consultation externe de la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, depuis le 1^{er} avril 1924 jusqu'au 1^{er} avril 1930.

Nous mentionnons les résultats antérieurement publiés par les Docteurs Fougerousse, Billant, Thierry et Bernex.

Notre travail se divise en quatre parties :

un aperçu général et historique sur la contagiosité du Trachome ;

une étude statistique des cas relevés pendant la période de six années s'étendant de 1924 à 1930, avec mention des résultats antérieurs ;

l'étude des causes de l'augmentation de l'index à Lyon ;

un résumé de la Prophylaxie à mettre en œuvre contre l'extension dans notre région de ce fléau mondial.

C'est volontairement que nous omettons ici une étude clinique du Trachome, cet aperçu ne pouvant être qu'un résumé des remarquables travaux publiés récemment par les Docteurs Morax et Petit, Worms et Marmoiton, ainsi que Cuénod et Nataf, et nos faibles moyens ne nous permettant d'ajouter à leur si complète mise au point, aucune contribution personnelle.

Avant de commencer notre étude, nous voulons remercier ici M. le Professeur Rollét, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui nous conseilla ce travail. Nous avons toujours suivi son enseignement avec un vif intérêt. Nous tenons à lui exprimer notre reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il réserva toujours à ses élèves, et pour les précieux conseils qu'il voulut bien nous prodiguer au cours de nos études dans son service.

A tous les Maîtres de la Faculté, va aussi notre reconnaissance ; à nos Maîtres militaires, à qui nous devons notre formation médicale et morale, nous exprimons notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu sur la répartition géographique du trachome et son histoire à Lyon

I. — Répartition géographique

Le Trachome, d'après toutes les publications qui en traitent, semble, à l'heure actuelle, être une des maladies les plus répandues du globe. D'après Cuénod et Nataf, le nombre des Trachomateux s'élèverait aujourd'hui, au moins à une centaine, peut-être à plusieurs centaines de millions d'individus.

L'antiquité la plus reculée mentionne des affections oculaires de noms divers : *Hetae*, *aspritudo*, *trachoma*, que nous pouvons, d'après leurs descriptions, rapporter au Trachome.

Le papyrus d'Ebers le signale, 2.500 ans avant J.-C., en Egypte. Hérodote décrit une *ophthalmia* trachomateuse, 450 ans avant J.-C.

Le terme de *Trachome* fut employé, pour la première fois, par Dioscoride, 40 ans après J.-C., dans son ouvrage *De Materia Medica*. Le Professeur Papanicolaou l'a retrouvé dans la lettre de Titianos à sa sœur, papyrus égyptien du III^e siècle.

Il semble bien que l'Égypte, aujourd'hui encore l'un des pays les plus touchés par la maladie, ait été le berceau du Trachome.

L'Asie a, de tout temps, été très contaminée : elle nous offre en Chine, au Turkestan et au Japon, des proportions allant de 20 à 90 %. L'Indo-Chine française, où la lutte est déjà organisée, présente une atteinte allant de 60 % au Tonkin, à 20 % dans les rares régions moins frappées. L'inspection médicale dans les écoles d'Annam a donné un index de 31 % d'après Talbot.

D'après les auteurs anglais, les Indes auraient de 20 à 50 % de granuleux. Peu de mesures sociales ont été prises dans ce pays.

La Turquie a des indices très variables, de 15 à 70 %.

L'Irak, la Syrie et la Palestine seraient atteints dans des proportions allant de 20 à 80 %.

En Afrique, existe un gros foyer de Trachome. L'Égypte compte une moyenne de 80 %. Le XIV^e rapport de la Santé publique, remarquable en tous points, révèle que les enfants des écoles d'Alexandrie ont présenté, en 1926-27, un pourcentage de 78,07 à 94,94 %. Pendant la guerre, les ouvriers indigènes d'une usine furent atteints dans l'énorme proportion de 99,15 %.

D'Égypte, le Trachome s'est répandu sur tout le rivage méditerranéen, en particulier sur l'Afrique du Nord. L'index, mal connu, semble être aussi très fort en Tripolitaine. En Tunisie, Cuénod et Nataf estiment que la proportion des granuleux va de 10-20 % dans le Nord, à 90 % dans le Sud, surtout dans la population indigène. L'Algérie présente sensiblement les mêmes chiffres : de 20 à 60 % et plus, suivant les régions (Toulant) ; le Maroc est encore mal étudié en ce sens.

Le reste de l'Afrique semble très peu atteint. Néanmoins, il est à remarquer que les traînées de la maladie suivent les voies de pénétration du Nord vers le Sud, plus nombreuses et plus faciles depuis cinquante ans, et que des cas se déclarent dans des régions où l'Ophtalmie granuleuse n'avait jamais été décelée : Madagascar en est un exemple très net, où 63 cas de Trachome ont été relevés par L. Collin en octobre 1922, alors que la population paraissait complètement indemne en 1920.

L'Amérique, à la tête des mesures radicales en matière d'hygiène, s'est depuis longtemps défendue contre les fléaux du dehors et s'est vue, de ce fait, exempte de tout accroissement de Trachome ; les proportions vont de 1 à 5 % en moyenne aux Etats-Unis, surtout dans les Etats méridionaux ; elles sont plus importantes en Amérique du Sud, par suite de l'arrivée des immigrants russes, arabes, italiens et espagnols. L'index, qui était de 10 à 12 % en Argentine en 1903, d'après Wernicke, n'était plus, en 1929,

que de 3,8 %, d'après une statistique faite à la Faculté des Sciences Médicales.

Tous les chiffres y sont en régression.

En Europe, bien que les pourcentages soient réduits, par rapport à ceux que nous venons de constater, la situation est très variable.

Ce sont les Etats voisins de la Méditerranée qui sont les plus touchés : la Grèce soignait déjà le Trachome au temps d'Hippocrate ; Dascalopoulos estime actuellement l'atteinte de 20 à 32 %.

En Italie, les auteurs latins marquent la fréquence des trachomateux dès la Rome ancienne. Actuellement, ils se trouvent surtout dans les régions méridionales. L. Maggiore compte 9.000 granuleux sur 45.000 habitants à Sassari. D'autres auteurs donnent, dans cette région, une densité de 36 %. Si l'on note une régression en beaucoup d'endroits, d'autres provinces, par contre, les méridionales, en particulier Sicile et Sardaigne, présentent une extension nette.

En Espagne, le Trachome est en diminution au centre de la péninsule, mais augmente sensiblement sur le littoral, d'après Jenaco Gonzales ; à Murcie, Almeria, Valencia, 85 à 90 % de la population est trachomateux (Soria).

Par contre, les pays centraux où nordiques ne sont que très peu atteints : 1 à 10 % en moyenne, et la régression de la maladie est partout manifeste. La Belgique, en particulier, qui présentait une proportion de 8 à 15 % il y a trente ans, n'accuse plus, d'après Van Duyse, de Gand, qu'une faible atteinte autour de 1 %.

Faisons exception, néanmoins, pour la Russie, fortement touchée avant la guerre, et dans laquelle d'importantes migrations intérieures ont aggravé la situation et infecté des provinces apparemment saines. On peut difficilement se fonder sur des chiffres d'ailleurs mal connus. Les auteurs qui s'occupent actuellement de cette maladie donnent des proportions allant de 20 à 50 et même 70 %, suivant les régions.

En France, nous constatons, depuis la fin des hostilités, une recrudescence du Trachome, qui semblait sur le point de disparaître en 1913. La répartition en est très inégale. Les régions les plus touchées sont le littoral méditerranéen : Marseille, où 15 % des consultants de l'Hôtel-Dieu sont trachomateux, d'après J. Sedan, qui compte 6 à 7.000 granuleux dans les écoles ; Carlotti en trouve 10 % en Corse ; les régions de Bordeaux, Toulouse, où Lacan, en 1923, donnait une moyenne de 1,52 %, avec une forte atteinte de la population espagnole, et Montpellier, où Truc trouvait 3 à 4 % parmi ses malades, sont parmi celles où la morbidité est la plus importante. Notons encore la région de Lyon, dont nous parlerons plus loin, puis la frontière du Nord-Est, soit vers Lille, par les migrations incessantes avec la Belgique, soit en Lorraine, dans le bassin de Briey-Nancy, en rapport avec la main-d'œuvre italienne, africaine ou polonaise. Enfin Paris, qui possède une population flottante considérable, marque aussi une augmentation qui, d'après Morax, résulte uniquement de l'immigration trachomateuse.

Ce rapide aperçu nous montre que, du point de

vue de la contagiosité du Trachome, l'ancien continent a seul une valeur importante ; dans celui-ci, nous retiendrons surtout trois foyers principaux de la maladie : le foyer asiatique, le foyer russe, et surtout le foyer égyptien.

Le Trachome est surtout développé dans les pays situés au nord et au sud du 40° degré de latitude Nord, avec une prédominance plus marquée au sud de cette ligne.

Nous retrouverons ces considérations en étudiant l'origine de l'accroissement du Trachome à Lyon.

II. — Histoire du trachome à Lyon

L'Ophtalmie granuleuse existait déjà à Lyon à l'époque gallo-romaine ; ainsi qu'en témoignent les cinq cachets d'oculistes retrouvés dans différentes fouilles, et dont les moulages sont déposés à la Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur Rollet ; Billant, qui les a décrits dans sa thèse de 1915, y trouve les termes de *aspritudo*, *impe'us lippitudinis*, etc., qui désignent, à n'en pas douter, les lésions du Trachome.

Le même auteur distingue, à cette époque, trois facteurs entretenant la contagion : militaire, commercial et religieux. Militaire, par les mouvements de troupes romaines en garnison à Lyon et, en particulier, la permutation de la cohorte de Lyon avec celle

de Carthage ; commercial, par les nombreux échanges de la Cité avec l'Orient, ainsi que par les esclaves de toutes races qui s'y rencontraient ; religieux enfin, par les fêtes et les jeux à l'origine des grands mouvements de foule ; les premiers Chrétiens de Lyon furent des Orientaux.

Dès cette époque, Lyon fut ainsi ouverte à toutes les infections venues d'Afrique, d'Asie et de la Péninsule.

Une seconde invasion morbide eut lieu en Europe, et n'épargna pas notre Cité aux ^{xii}^e et ^{xiii}^e siècles, époque des Croisades.

Lyon, grand centre religieux, fournit de forts contingents à cette émigration militaire et populaire qui, faute d'hygiène, devait se contaminer au berceau de l'Ophthalmie granuleuse. Les Croisés rapportèrent en Europe, entr'autres germes, ceux du Trachome, et Lyon eut sa part du fléau. Les documents précis manquent sur l'activité médicale à cette époque. Divers travaux publiés en Belgique, la création à Paris de l'Hospice des Quinze-Vingts par Saint-Louis, pour soigner 300 militaires aveugles des suites de la première Croisade, attestent pourtant suffisamment l'existence des affections oculaires pendant cette période.

Cette seconde invasion, comme la première, s'atténua avec la disparition de ces grands mouvements, et ses effets disparurent peu à peu.

L'époque napoléonienne devait ramener, dans toute l'Europe, l'attention sur la cécité. Les relations de Larrey montrent que presque tous les hommes de

l'Expédition d'Egypte, à l'effectif de 32.000 hommes, auraient souffert de l'ophtalmie régnant dans ce pays. Les soldats ramenèrent l'atteinte dans leurs pays respectifs, en France, en Belgique, en Angleterre surtout. A la suite des guerres de l'Empire, les troupes qui sillonnèrent l'Europe en tous sens, répandirent et importèrent partout le fléau, et les relations de cette époque ne manquent pas de considérations sur les ophtalmies redoutables qui sévissaient aux armées. L'occupation de Lyon, en 1815, par les troupes venues d'Italie, est encore un facteur de contamination pour notre région.

Néanmoins, Fougerousse pense que la contamination, répandue alors dans toute l'Europe, atteignit peu la France, car les troupes circulèrent presque toujours en Europe hors de notre pays. C'est peut-être pourquoi la maladie s'atténua si vite, et n'avait plus, autour de 1900, que peu d'importance dans notre région. Cet auteur n'observait, en effet, dans le service du Professeur Gayet, que 183 granuleux en l'espace de neuf ans, de 1878 à 1886. En 1900, le pourcentage se trouvait fixé autour de 1 %.

Dans les trois apports historiques de Conjonctivite granuleuse dans notre pays, il est donc remarquable que les cas cliniques, au lieu de créer des foyers de contagion importants et permanents, se sont au contraire atténués avec le temps. La notion de climat a été la première invoquée pour expliquer ce phénomène ; les températures plus modérées, le soleil moins ardent en Europe qu'en Afrique, semblaient créer des éléments incompatibles avec le développe-

ment normal du virus trachomateux, puisque la morbidité s'atténue rapidement après un apport de contagion massif, alors que les pays plus chauds, l'Afrique en particulier, sont des foyers d'endémicité constante. Après les remarques de Desgenettes et de Larrey, Fougereuse et Thierry, ainsi que Juengken et Decaisne ont adopté cette manière de voir. Ces notions ont abouti à la création, pendant la guerre, d'un hôpital d'altitude pour trachomateux, à Mont-Dauphin, à 1.050 mètres d'altitude, dans la XIV^e Région; les résultats, mentionnés dans un rapport du Centre ophtalmologique de la XIV^e Région et dans la thèse de Thierry, furent douteux.

Les travaux plus récents de Morax, de Marmoiton, ainsi que les constatations mentionnées dans les Archives de Médecine et de Pharmacie militaires par des médecins de l'Armée d'Afrique, semblent devoir nous orienter plutôt vers une action sensibilisante des virus ophtalmiques non trachomateux, pour la maladie qui nous occupe. Ce serait le fait de tous les pays chauds, pays qui fournissent à notre région le plus grand nombre de malades, et où sont fréquentes les conjonctivites à Bacilles de Morax, de Weeks, etc. C'est aussi l'opinion soutenue par Junès, de Sfax, et par Guglianetti, de Cagliari. Le rôle antitrachomateux de la vaccination préventive contre la conjonctivite à B. de Weeks, est d'ailleurs maintenant généralement admis.

A l'heure actuelle, et depuis la guerre, nous assistons, dans notre région lyonnaise, à une recrudescence importante du Trachome, recrudescence à assi-

miler aux invasions historiques que nous venons de relater succinctement.

Un apport nouveau d'éléments morbides nous paraît en être la cause, que nous allons étudier maintenant.



CHAPITRE II

Statistique du trachome à Lyon

Nous devons envisager maintenant comment se comporte la région lyonnaise vis-à-vis de l'Ophtalmie granuleuse.

Bourgeon avait déjà noté que cette affection y était très légèrement endémique, mais avec des variations sensibles. C'est sur ces variations que nous voulons insister.

Il nous semble que c'est au moment où divers organismes sociaux s'occupent sérieusement de ce fléau et en signalent l'extension, que cette question, examinée à Lyon, doit nous intéresser.

La thèse de Fougerousse, faite dans le service du Professeur Gayet, en 1887, répartit ainsi les granuleux :

année 1878	8	granuleux
année 1879	12	—
année 1880	21	—
année 1881	21	—
année 1882	22	—
année 1883	27	—
année 1884	20	—
année 1885	21	—
année 1886	26	—

TOTAL 178 granuleux

La thèse de Ferré, en 1890, complète la précédente : de 1887 à 1889, la Clinique de l'Hôtel-Dieu a décelé 87 trachomateux sur 5.870 malades, soit 1,4 %, alors que, de 1882 à 1889, on en trouve 255 pour 15.109 malades, c'est-à-dire 1,9 %.

Donc, de 1870 à 1890, la proportion est restée à peu près constante. La statistique du Docteur Dor, de Lyon, sur ses malades, de 1878 à 1885, confirme ces résultats avec 1,46 %.

De 1900 à 1902, Garabedian trouve 47 trachomateux sur 2.000 malades, soit une proportion de 2,3 %.

Bourgeon, dans sa thèse de 1911, établit une statistique dans la Clinique de M. le Professeur Rollet, du 1^{er} octobre 1904 au 1^{er} octobre 1911 ; en voici les résultats :

année 1904-05	11 cas sur	1.147 malades
année 1905-06	20 cas sur	1.969 —
année 1906-07	9 cas sur	2.083 —
année 1907-08	7 cas sur	2.207 —
année 1908-09	5 cas sur	2.264 —
année 1909-10	12 cas sur	2.265 —
année 1910-11	13 cas sur	2.342 —

TOTAUX 77 cas sur 14.277 malades

soit une proportion de 0,40 % à la consultation externe de la Clinique.

Pendant la même période, les hospitalisations ont compris 24 malades entrés directement, et 27 soignés après être passés à la consultation externe.

« Si nous additionnons les chiffres obtenus des consultations externes et des hospitalisations, nous trouvons, du 1^{er} octobre 1904 au 1^{er} octobre 1911, 101 cas de trachome sur près de 20.000 malades, soit une proportion de 0,50 %.

« Sur ces 101 trachomateux, on compte 33 Italiens, 10 Arabes et quelques étrangers, dont il est impossible de déterminer l'origine exacte, d'où près de la moitié des cas précédents peuvent être considérés comme n'ayant pas contracté la maladie dans notre région. »

A la suite de cet auteur, Bernex, en 1924, a examiné la fréquence des cas de trachome du 1^{er} octobre 1911 au 1^{er} juin 1924, travail divisé en trois périodes : avant, pendant et après la guerre :

Consultation externe :

Fin 1911	5	cas sur	609	malades
— 1912	15	—	2.514	—
— 1913	15	—	2.556	—
— 1914	7	—	1.544	—
	42		7.223	

Moyenne : 0,58 %.

La moyenne se maintient donc faible et à peu près constante, depuis 1878, jusqu'au moment de la guerre. Les apports extérieurs sont faibles et la maladie ne se développe pas dans notre région.

Avec la guerre, le nombre des trachomateux augmente notablement dans l'agglomération lyonnaise. La main-d'œuvre coloniale d'abord, puis étrangère, de 1916 à 1918, fait entrer dans nos murs des races très diverses qui apportent avec elles les maladies qui leur sont propres, notamment le Trachome.

Le Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé dut faire paraître, le 5 décembre 1916, une note prescrivant l'examen oculaire, avec retournement des paupières, de tous les travailleurs embauchés, avant l'embarquement, examen répété au débarquement en France — rapatriant les malades — et prescrivant la surveillance et des soins constants chez tous les travailleurs coloniaux.

Le Docteur Chappé, du Centre ophtalmologique de la XX^e Région, concluait, en 1917, en présence de

l'accroissement général de la maladie en France, aux mesures nécessaires ci-après :

1° Nécessité d'examiner les travailleurs indigènes, et renvoi dans leurs dépôts de tous les anciens trachomateux ;

2° Création d'équipes de trachomateux à employer dans les usines de produits chimiques ;

3° Incorporation de tous les Algériens porteurs de lésions de trachome ancien dans des bataillons spéciaux.

Pendant la guerre, il fut créé à Lyon, à l'Hôpital Militaire Desgenettes, le siège d'un centre spécial d'Ophtalmologie pour la XIV^e Région, qui vit passer à cet hôpital, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et dans les hôpitaux annexes, dirigés par M. le Professeur Rollet, un grand nombre de trachomateux de toutes races ; Thierry en a fait l'étude suivante, que nous lui empruntons :

Hôpital Militaire Desgenettes :

année 1915 .	56 cas sur	8.183 malades
— 1916	92 —	9.448 —
— 1917	308	15.055
— 1918	516	13.327 —
TOTAUX	972 cas sur	46.013 malades

Moyenne : 2,1 %.

Sur 195 hospitalisés, 8 furent assez gravement atteints, pour que leur cas nécessitât une demande de pension.

A la même époque, les consultants de l'Hôtel-Dieu se répartissaient ainsi :

Fin 1914	5 cas sur	669 consultants	
— 1915	8	—	2.114
— 1916	35	—	2.507
— 1917	38	—	2.551
— 1918	23	—	2.600
	109		10.441

Moyenne : 1,05 %.

Deux malades seulement furent hospitalisés.

Les deux services les plus importants de M. le Professeur Rollet virent donc passer, pendant la guerre, 64.982 ophtalmiques, parmi lesquels on décélé 1.278 cas de Trachome, soit une proportion générale de 1,9 % pour la période des hostilités.

Après la guerre, cette augmentation des cas de Trachome, due semblait-il, aux troupes indigènes, aux coloniaux et aux étrangers venus en grand nombre en France, paraissait devoir s'atténuer rapidement. Il n'en fut rien.

La statistique établie par Bernex jusqu'au 1^{er} juin 1924, donne en effet les chiffres suivants :

Consultation externe :

année 1919	26 cas sur	2.787 consultants
— 1920	23 —	2.040 —
— 1921	25 —	1.531 —
— 1922	14 —	1.381 —
— 1923	21 —	1.780 —
— 1924	28 —	867 —

TOTAL : 137 cas sur 10.386 consultants

Moyenne : 1,31 %.

Parmi les 54 malades, suffisamment atteints pour être hospitalisés, une proportion de 45 % venait d'Afrique du Nord, 20 % étaient Italiens, 18 % Espagnols, et 17 % étaient des sujets n'ayant jamais quitté la région.

Pour les années qui suivent la période d'après-guerre, nous avons établi une statistique allant, du 1^{er} avril 1924, date de la mise en application du Décret de Déclaration obligatoire, au 1^{er} avril 1930.

Nos recherches portent sur tous les malades vus à la Consultation externe de la clinique de l'Hôtel-Dieu, et dont le cas a été déclaré (les non-déclarés ne pouvant être considérés comme des malades nouveaux puisque déjà vus antérieurement).

Sont déclarés par la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu tous les malades atteints de trachome, vus aux séances de Consultation externe de la Polyclinique, ainsi que les malades hospitalisés, ceux-ci

étant d'ailleurs peu nombreux, le traitement ambulatoire leur étant appliqué le plus possible.

Les observations sont consignées, le plus soigneusement possible, sur les cahiers d'observation des malades, où l'on note pour chacun d'eux, avec les noms et prénoms, l'âge, l'adresse, le pays d'origine. Cette précision nous a permis les déductions qui vont suivre. Les souches des carnets de déclaration permettent la vérification de ces données.

Nous avons pu ainsi réunir 370 cas de trachome déclarés en exécution de la loi du 15 février 1902, pendant la période indiquée.

Sur ces 370 observations, 20 étaient incomplètes, ne portant pas de renseignements susceptibles d'aider à nos recherches.

Par suite, c'est sur 370 cas que porte notre statistique générale de morbidité ; mais sur 350 seulement sont faits nos calculs quant aux nationalités et aux quartiers contaminés.

Voici les chiffres que nous avons obtenus :

Du 1^{er} avril 1924 au 31 mars 1925 : 44 cas sur 2.040 consultants, moyenne 2,11.

Du 1^{er} avril 1925 au 31 mars 1926 : 27 cas sur 1.921 consultants, moyenne 1,40.

Du 1^{er} avril 1926 au 31 mars 1927 : 41 cas sur 2.382 consultants, moyenne 1,72.

Du 1^{er} avril 1927 au 31 mars 1928 : 86 cas sur 2.628 consultants, moyenne 3,04.

Du 1^{er} avril 1928 au 31 mars 1929 : 81 cas sur 2.732 consultants, moyenne 2,96.

Du 1^{er} avril 1929 au 31 mars 1930 : 91 cas sur 3.061 consultants, moyenne 2,97.

Total : 370 cas sur 14.764 consultants, moyenne 2,53.

Il y a donc eu 370 trachomateux sur 14.764 consultants pendant les six années considérées, soit une proportion moyenne de 2,53 %.

Le tableau précédent nous montre d'une façon très nette l'augmentation annuelle du nombre des malades qui, de 27 en 1925-26, a atteint le chiffre de 91 en 1929-30. Il faut remarquer que le nombre de consultants a, lui aussi, suivi un accroissement notable, mais non parallèle, ainsi que le prouvent les pourcentages. En effet, de 1,40 en 1925, cet index a rapidement atteint le chiffre de 3 %, autour duquel il reste sensiblement fixe depuis trois ans.

Cet accroissement très net, que nous nous attachons à mettre en évidence, nous semble encore mieux illustré par le graphique ci-dessous, qui fait ressortir d'une manière très évidente la courbe régulièrement ascendante de la maladie. Pour le rendre plus représentatif et donner une impression d'ensemble de la morbidité du trachome dans notre région, nous avons porté sur ce tableau les pourcentages obtenus à la clinique depuis 1914, dans les trois périodes 1914-18, 1919-23, 1924-29, et par année. Les moyennes de ces trois périodes, examinées sur le graphique, sont, nous semble-t-il, la meilleure illustration de l'accroissement progressif de la maladie et du renouveau qu'elle a subi dans ces dernières années.

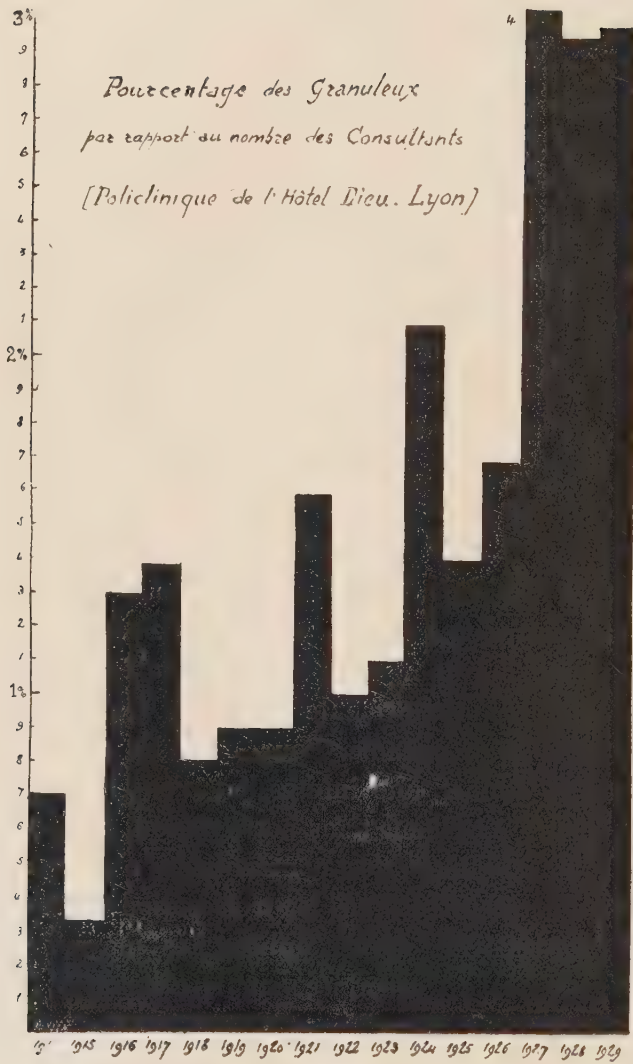


FIGURE 1.

L'examen de ce tableau nous montre encore que la moyenne des malades reconnus dans trois périodes sensiblement égales de 5, 5 et 6 années, s'est accrue régulièrement puisqu'elle se trouve être respectivement de 1,05 %, 1,14 % et 2,53 %, avec les dernières moyennes annuelles oscillant autour de 3 %, chiffre même dépassé en 1927 avec 3,04 %.

A quelles causes devons-nous attribuer cette marche ascendante du trachome depuis sa recrudescence marquée à la fin de la guerre ?

C'est ce que nous allons essayer de dégager maintenant d'autres constatations.

CHAPITRE III

Les causes de l'augmentation du trachome à Lyon

Pendant la guerre et pendant la période d'après-guerre, les travailleurs coloniaux et étrangers, venus des pays chauds, avaient apporté avec eux la pathologie de leurs pays, et en particulier le trachome. Or la période qui nous occupe plus particulièrement, de 1924 à 1930, marque une recrudescence accentuée de la maladie : est-ce à dire que l'apport étranger et colonial répande le mal dans la population sédentaire ? Nous ne nions certes pas la contagion ; elle existe certainement pour un certain nombre de nos observations, mais ces cas ne sauraient, à eux seuls, répondre de l'accroissement que nous avons constaté.

Force nous est alors d'examiner la nationalité et l'origine des granuleux déclarés à la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons établi une statistique parmi toutes les déclarations, statistique qui porte sur les 350 obser-

vations qui, suffisamment complètes, nous ont fourni les renseignements nécessaires à nos calculs.

Nous avons classé tous les pays d'origine des granuleux déclarés et, pour chacun de ces pays, nous avons établi un pourcentage par rapport au nombre total des cas observés.

Nous avons alors obtenu :

Espagnols.	109	proportion	31,14 %
Italiens.	54	—	15,42 %
Africains du Nord. .	74	—	21,14 %
Arméniens	44	—	12,57 %
Français	39	—	11,14 %
Israélites	8	—	2,28 %
Polonais	5	—	1,42 %
Chinois	5	—	1,42 %
Corses	3		
Egyptiens.	2		
Greco	2		
Portugais.	2		
Serbe	1		

Dans ce tableau, nous avons placé avec les originaires de l'Afrique du Nord, les peu nombreux de nos malades qui sont originaires de France et qui vivent habituellement en Algérie-Tunisie, de telle façon que sous le titre de Français ne se trouvent, et nous insistons sur ce fait, que des personnes habitant la France, plus spécialement la région lyonnaise, et pour la grande majorité, ne l'ayant jamais quittée.

Sur 350 granuleux nous trouvons donc 39 malades

français de la région du Sud-Est, c'est-à-dire 11,14 %, proportion plus faible que celle que notait Bernex en 1924 puisque, pour les années 1919 à 1924, il notait un chiffre de 17 %. Notons donc à ce chapitre une baisse légère de la morbidité des personnes habitant la région, baisse qui s'oppose à l'accroissement de la maladie et, par conséquent, nous fournit peut-être un élément de pronostic favorable quant à l'avenir de la maladie chez nous.

Sur 14.764 ophtalmiques vus en cinq ans, les granuleux français se trouvent donc dans la proportion de 0,26 %.

Le tableau précédent nous montre la prépondérance marquée, que possède à l'égard du trachome, l'Espagne, foyer important de la maladie : Almeria, Murcie, Carthagène sont les centres qui nous envoient le plus de travailleurs ; ce sont aussi ceux qui, situés sur la côte, ou au Sud de la Péninsule, sont les plus atteints par la maladie, ainsi que l'indique Soria (85 à 90 %).

Près d'un tiers de nos malades sont Espagnols, alors qu'en 1924 ils ne représentaient que 18 % de l'ensemble des granuleux. La morbidité plus grande de ces sujets tient pour nous à ce que la population espagnole de Lyon a augmenté, mais aussi à ce que les ouvriers de ce pays viennent plus volontiers se faire examiner ; ils envoient à la consultation leurs femmes et leurs enfants, qui figurent d'ailleurs pour une grande part parmi nos malades.

La population italienne de Lyon, quoique plus nombreuse que la colonie espagnole, ne nous fournit qu'un pourcentage moindre : 15,42 %, en diminution

sur l'indice trouvé en 1924 : 18 %. Cela est aussi dû, à notre avis, à ce que cette population se porte mieux vers nos consultations gratuites, et à ce que son éducation hygiénique est certainement mieux faite que dans la population espagnole.

Les Africains du Nord fournissent un fort contingent : 21,14 %, en diminution sur les 45 % de 1924. Ils sont moins nombreux qu'à cette époque, vivent dans des quartiers d'où ils ne sortent guère, mais se plient encore mal aux règles de l'hygiène sociale, aux consultations des Dispensaires, pourtant bien développées dans notre ville. Vers eux doit se porter, nous semble-t-il, un gros effort.

La population arménienne enfin nous donne un index de 12,57 %, chiffre stationnaire et à peu près normal chez des gens qui proviennent d'un des plus importants foyers de trachome du monde.

Nous ne dirons rien des pourcentagés fournis par les autres pays, ceux-ci étant très faibles en raison d'ailleurs de leurs colonies peu importantes à Lyon. Citons néanmoins le cas des Chinois, presque tous Etudiants, pour lesquels un service médical à l'Institut franco-chinois permet un dépistage efficace des cas de trachome, première base de la lutte chez des personnes originaires d'un pays pourtant fortement atteint par le fléau.

Pour nous, l'augmentation réside dans l'arrivée et le mouvement incessants de la main-d'œuvre étrangère ou africaine, venant de régions à index trachomateux élevé.

L'étude des quartiers contaminés de notre Cité nous en fournit une preuve nouvelle.

Nous avons recherché l'adresse des 350 malades pour lesquels l'observation mentionne la résidence. Nous sommes arrivés aux constatations suivantes :

I. — LYON.

1 ^{er}	arrondissement : Terreaux	15 cas.
2 ^e	— Bellecour	16 —
3 ^e	— Part-Dieu	82 —
4 ^e	— Croix-Rousse	7 —
5 ^e	— Fourvière	13 —
	— Vaise	7 —
6 ^e	— Brotteaux	19 —
7 ^e	— Guillotière	42 —

II. — AGGLOMÉRATION DES COMMUNES SUBURBAINES.

Villeurbanne.	25 cas.
Vénissieux	34 —
Saint-Fons.	16 —
Oullins	9 —
La Mulatière	2 —
Vaulx-en-Velin et Saint-Clair .	2 —

III. — AGGLOMÉRATION ÉLOIGNÉE.

Pierre-Bénite.	6 cas.
Limonest	3 —
Givors.	2 —
Saint-Genis-Laval.	2 —
Saint-Priest	2 —
Saint-Rambert	2 —
La Villette	1 —

Le total fourni par l'agglomération lyonnaise est donc de 332 sur les 370 malades examinés à la Clinique pendant ces six années. Parmi ces 332 malades, 201 habitent la ville elle-même et 106 les faubourgs.

Les autres malades venaient soit du département, soit des régions avoisinantes, mais n'ont pas de domicile dans la stricte région lyonnaise.

Ces chiffres nous ont permis d'établir un croquis de la ville de Lyon où se trouvent indiqués les quartiers les plus atteints.

Par comparaison avec la carte que dressait, d'après sa statistique, le Docteur Bourgeon en 1912, nous pouvons remarquer que ce sont toujours les quartiers populeux de la rive gauche du Rhône (Part-Dieu et Guillotière) qui sont les plus contaminés.

Le centre de la ville, quartier des affaires, ainsi que les Brotteaux où se trouvent de grands immeubles modernes bien aérés et ensoleillés, de larges voies et une hygiène attentive, ne fournissent qu'un contingent restreint à l'ensemble de nos malades. Il est de plus très remarquable que les quartiers de la Croix-Rousse et de Vaise, populeux et de grande activité ouvrière, sont les moins atteints dans notre Cité. Dans le service mixte de Chirurgie et d'Ophtalmologie de la Croix-Rousse, exclusivement réservé aux malades du plateau lyonnais de la Croix-Rousse, et dirigé par M. le Professeur Rollet de 1897 à 1902, nous n'avons pu trouver qu'un seul cas de trachome sur 548 observations d'ophtalmiques, soit 0,18 %.

Serait-ce, pour ce plateau, son altitude qui s'opposerait à la dissémination du mal ? Nous ne le croyons

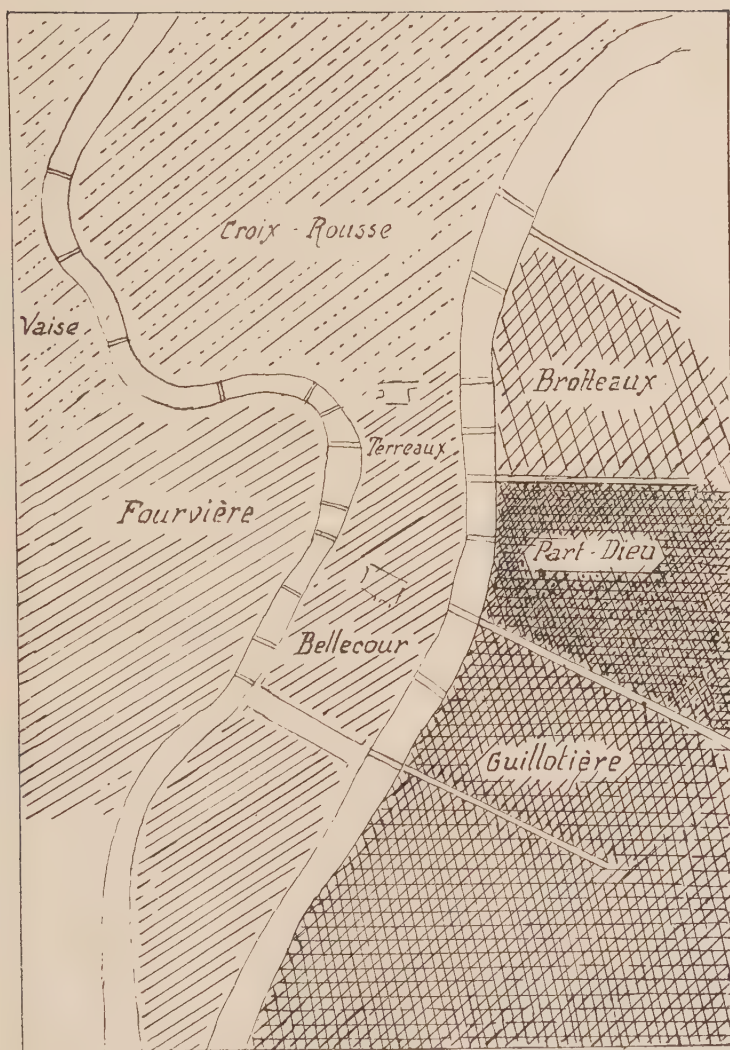


FIGURE 2.

pas, car l'altitude ne semble guère jouer de rôle dans la marche épidémique du trachome, attendu que le quartier de Fourvière, aussi élevé, présente un pourcentage plus fort. Mais il nous paraît autrement juste de constater que ce sont précisément les deux quartiers de Vaise et de la Croix-Rousse qui, habités depuis longtemps par la population laborieuse et sédentaire de notre Cité, sont aussi parmi ceux qui sont restés presque impénétrables aux étrangers. Si les rues y sont étroites et les maisons anciennes, elles ont été toujours habitées par les ouvriers de la soie, industrie essentiellement lyonnaise et peu ouverte à la main-d'œuvre étrangère. Or, les Français, de nombreux exemples nous le prouvent, ne contractent que peu l'ophtalmie granuleuse. C'est là, nous semble-t-il, qu'il faut voir la cause de la différence constatée entre ces quartiers et d'autres de notre ville.

Quel contraste en effet entre ce quartier peuplé de la Croix-Rousse et celui de la Part-Dieu, ou bien, aux portes de Lyon, Villeurbanne et Vénissieux. C'est ici que se trouvent les nombreuses usines de la région, grandement développées depuis la guerre, et où l'élément ouvrier se spécialise vite ; celles qui ont fait appel à un nombre croissant de bras dans la région et surtout au dehors, et où la main-d'œuvre étrangère a trouvé l'embauche qu'elle désirait.

C'est auprès de ces usines, soit à la Part-Dieu, où se trouvent les logements les plus modestes et les moins hygiéniques, soit dans les cités ouvrières de la banlieue, plus propres, mais où les familles voisinent par pays d'origine, que se développe la contamination

à partir de tous ceux qui apportèrent le mal avec eux.

C'est donc de façon saisissante que l'étude du domicile des malades nous montre la différence entre le quartier ouvrier français et le quartier ouvrier étranger à Lyon. C'est vers ce dernier que doivent donc être dirigés les moyens de lutte pour obtenir un résultat tangible.

Nos malades font partie de la classe laborieuse de notre Cité. Ce sont des sujets incapables de travailler, qui constituent des non-valeurs exigeant des soins oculaires attentifs, et qui nécessitent parfois une longue hospitalisation à charge aux finances locales.

C'est bien souvent aussi que nous rencontrons des granuleux chroniques qui font une poussée aiguë ou subaiguë à la suite d'un traumatisme cornéen léger, poussée qui détermine une incapacité quelquefois permanente relevant de la loi sur les accidents du travail.

CHAPITRE IV

Le trachome au point de vue social et sa prophylaxie

Tous les auteurs sont unanimes à admettre, à l'heure actuelle, la contagion du Trachome.

Cette contagion se fait par la transmission d'un œil malade à un œil sain, de la sécrétion granuleuse. Les épidémies les plus dangereuses sont celles qui sont caractérisées par l'abondance de la sécrétion jaune (yellowish discharge). Les granuleux traités ont un pouvoir de contagion très faible. La maladie se développe surtout dans les endroits étroits et sans hygiène où sont réunies de nombreuses personnes, tels que certains quartiers des villes, les baraques, les asiles et les écoles.

Les agents de transmission sont très nombreux. Ce sont surtout les mains, les mouchoirs, les draps de lit, les serviettes, etc. Le Trachome est la maladie des mains sales, car quiconque se savonne fréquemment les mains évite le plus souvent toute contagion, ainsi

que l'ont bien mis en évidence les médecins qui vivent dans les milieux même les plus contaminés. Dans les pays chauds, le rôle des mouches n'est pas sans importance. De plus, certaines races : Juive, Italienne et Égyptienne semblent plus facilement touchées.

En fait, la contamination dans notre milieu est exceptionnelle ; il y a surtout une transmission familiale qui favorise l'inoculation par les linges souillés non soumis à la lessive. Les conditions de vie des véritables colonies d'Africains, d'Italiens ou d'Espagnols habitant des cités ouvrières où les conditions d'hygiène sont très souvent précaires, sont donc un élément important de contagion.

Nous avons remarqué, d'autre part, que la population sédentaire est peu frappée, ainsi qu'en attestent les chiffres que nous avons trouvés dans ces dernières années et, même, que la maladie régresse parmi les habitants français de la région.

C'est donc surtout sur la population d'origine étrangère séjournant dans notre contrée que doit porter la lutte antitrachomateuse.

La prophylaxie doit être personnelle, familiale, mais c'est surtout, nous semble-t-il, par des mesures nationales et internationales que l'on pourra le mieux se défendre contre une contamination due à un apport incessant d'individus contaminés.

D'autres régions, à index plus élevé que ne l'est le nôtre, peuvent étudier la question de la prophylaxie familiale, scolaire et à l'atelier. Pour nous qui pensons que les moyens de traitement appliqués dans notre région suffisent amplement, c'est surtout la protec-

tion nationale, nous semble-t-il, qui, bien appliquée, nous permettra de voir baisser l'indice des granuleux en France.

La question a, depuis longtemps, été mise à l'étude : en France, Morax, Aubaret, Sedan, de Lapersonne et le Professeur Rollet, ici même, dans plusieurs thèses, l'étudièrent. Le premier point obtenu fut la déclaration obligatoire du Trachome, après le remarquable rapport du Professeur de Lapersonne à l'Académie de Médecine le 14 décembre 1920. La plupart des conclusions adoptées par l'Académie ont reçu leur application.

Est-ce à dire que nous ayons là un moyen efficace de lutter contre l'envahissement qui nous menace ? Nous n'oserions l'affirmer. La déclaration en effet n'est pas faite sérieusement. Il nous semble que, les cliniques spécialisées et les médecins des ports mis à part, cette mesure reste le plus souvent lettre morte. En Algérie, comme le signale L. Parrot, « la quasi unanimité des médecins ruraux s'abstient de signaler les cas constatés. C'est, pensent-ils, une formalité vaine, donc superflue, parce qu'elle ne déclenche pas les actes prophylactiques en vue de quoi les lois et décrets l'ont prescrite ».

Qu'observons-nous d'ailleurs à Lyon depuis le 1^{er} avril 1924, date de la mise en application de cette décision : une augmentation notable et continue des malades qui nous viennent consulter, atteignant même des chiffres qui n'avaient jamais été relevés avant cette mesure. La déclaration obligatoire est donc en elle-

même insuffisante, si elle ne s'accompagne pas d'autres mesures.

Les Américains nous ont devancé depuis longtemps dans cette voie par des mesures radicales : l'interdiction absolue de l'entrée des immigrants trachomateux sur leur territoire ; la visite à l'arrivée et le réembarquement de tous les individus reconnus atteints ; mesures adoptées par le Congrès de Washington en 1897, et renforcées par l'Immigration Act du 5 février 1917. Cette décision, appliquée avec toute l'énergie particulière aux institutions nord-américaines, a suffi à elle **seule**, pour restreindre considérablement le nombre des cas de Trachome décelés à l'intérieur. Le Canada en 1901, puis les grands Etats de l'Amérique du Sud (République Argentine, loi 817) en firent autant et arrivèrent ainsi à se protéger efficacement contre le fléau importé chez eux par les Italiens, les Arabes, les Egyptiens, les Polonais.

Nous ne parlons évidemment pas des mesures de traitement propres à chaque pays, et dont Mac Callan a si remarquablement instauré le principe et ses applications en Egypte.

Ainsi que l'a préconisé souvent M. le Professeur Rollet, la déclaration obligatoire, de peu de valeur en elle-même, doit devenir le point de départ d'une série de règlements administratifs rigoureux destinés à combattre le Trachome et surtout à atténuer sa propagation en France.

Ces mesures doivent viser en particulier et surtout les immigrants et les indigènes originaires de colonies françaises ou de pays sous mandat français, où le Trachome existe à l'état endémique.

Sans recourir nécessairement à la visite au débarquement, on devrait exiger de tout immigrant, avec la présentation du passeport, celle d'un certificat oculistique que nous avons dû à maintes reprises refuser à des trachomateux à la Clinique.

Un décret du 26 novembre 1921 interdit le débarquement des trachomateux en France et impose leur rapatriement à la charge de l'armement qui les a transportés ; voilà une excellente mesure inspirée de nos devanciers, et qui aurait dû produire de bons résultats. L'examen de nos malades semble malheureusement nous montrer que c'est encore là un moyen de défense qui demanderait à être appliqué avec plus de constance et de fermeté. Nombre de nos malades, en effet, nous avouent qu'ils souffraient déjà des yeux avant d'émigrer, ou présentent, quelques mois après leur entrée en France, des lésions qui n'auraient pas dû passer inaperçues au débarquement. Nous avons vu récemment une femme espagnole présentant un Trachome floride, et qui avait débarqué dans un port de France six jours auparavant.

Ce rapide exposé nous montre que nous possédons en France, à l'heure actuelle, des éléments de défense presque suffisants. Mais force nous est de conclure à une application plus stricte et plus absolue des mesures actuellement en vigueur.

La lutte contre le Trachome à l'intérieur doit être organisée pour le dépistage des cas par les dispensaires spéciaux, par la multiplication des consultations gratuites dans les agglomérations ouvrières fréquemment contaminées.

Elle doit être complétée par une surveillance rigoureuse des indigènes nord-africains, maintenant nombreux sur le territoire, et dans les écoles qui reçoivent des enfants étrangers.

Enfin, il serait vain et dispendieux d'organiser des barrières en France, si la lutte n'était pas menée parallèlement et de façon énergique dans les colonies et protectorats : Maroc, Algérie, Tunisie, Syrie et Indochine, gros foyers de Trachome.

En fait, si la lutte contre ce fléau encore heureusement peu répandu en France, mais croissant d'une façon régulière, doit s'appuyer, nous semble-t-il, sur quelques nouvelles mesures, c'est surtout l'observation stricte et rigoureuse des règlements présents et à instaurer, au besoin avec des sanctions, qui permettra de mener une lutte efficace contre le Trachome, qui menace de s'étendre rapidement sur tout le monde civilisé.

Conclusions

I. — Le Trachome a été reconnu par décret ministériel, comme une maladie contagieuse à déclarer obligatoirement, à partir du 1^{er} avril 1924, ouvrant ainsi en France, l'ère d'une prophylaxie de cette redoutable maladie.

II. — L'étude du pourcentage des granuleux dans la région lyonnaise, d'après les statistiques de la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, nous permet d'établir les chiffres suivants en distinguant trois périodes :

1° Avant la guerre, des chiffres établis en 1911 nous montrent sur 14.277 malades, une proportion de granuleux de 0,4 % ;

2° Pendant la guerre (1914-1918), sur 64.848 ophtalmiques vus dans les divers hôpitaux du Centre ophtalmologique de la XIV^e Région, 1,9 % étaient trachomateux ;

3° Depuis la guerre, sur 9.519 malades examinés à la Clinique de 1919 à 1923, on met en évidence une proportion de 1,14 %, et depuis le décret rendant la déclaration obligatoire (N° 15 de la liste, 1^{er} avril 1924),

nous trouvons à la Clinique ophtalmologique une proportion moyenne de 2,53 % atteignant même 3,04 % en 1927.

III. — Cet accroissement nous semble dû à un examen plus attentif des malades, mais aussi et surtout à un apport sans cesse renouvelé et accru de la main-d'œuvre étrangère dans l'agglomération lyonnaise.

La population sédentaire est peu atteinte : c'est ainsi que dans le service mixte de l'Hôpital de la Croix-Rousse, dirigé par M. le Professeur Rollet de 1897 à 1902, nous trouvons un index de 0,18 % sur 548 ophtalmiques observés.

IV. — La statistique des granuleux décelés à la Polyclinique de l'Hôtel-Dieu, nous montre parmi les malades déclarés :

31,14 % venant d'Espagne ;

21,14 % venant d'Afrique du Nord ;

15,42 % venant d'Italie ;

12,57 % Arméniens ;

11,14 % des sujets atteints sont des Français n'ayant jamais quitté le territoire.

V. — En présence de cet accroissement très net du nombre des granuleux à Lyon, des mesures sévères de prophylaxie sont à prendre.

Nous pensons que l'on peut, en France, s'opposer dans une certaine mesure à cette immigration dangereuse, en exigeant avec la présentation du passeport, celle d'un certificat oculistique, attestant que le sujet

est indemne d'une forme contagieuse de Trachome.

L'absence de ce certificat entraînerait la visite obligatoire à l'arrivée sur le territoire, et pourrait même, dans les ports, impliquer le réembarquement du sujet, comme en Amérique.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ETIENNE ROLLET,
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AUBARET. — La déclaration du Trachome doit-elle être rendue obligatoire? (*Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'Opht.*, t. XXXIV, 1921, pp. 515 à 519).
- BERNEX. — Etude statistique du Trachome à Lyon (*Thèse de Lyon*, 1924).
- BILLANT. — Le Trachome à Lugdunum d'après les cachets d'oculistes romains (*Thèse de Lyon*, 1915).
- BOURGEON. — Le Trachome à Lyon (*Thèse de Lyon*, 1912).
- COCHARD. — Radiothérapie du Trachome (*Thèse de Lyon*, 1921).
- COMARMOND. — Musée lapidaire de Lyon (*Description des antiquités de la ville de Lyon*, 1855-1857).
- CHANTEMESSE et VALUDE. — Les Emigrants et l'Ophthalmie granuleuse à Paris (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, séance du 27 avril 1909, p. 478).
- COUDRAY. — La répartition géographique du Trachome en France (*Ann. d'Ocul.*, Paris 1911, p. 420).
- CUÉNOD. — Le Trachome en Tunisie (*La Tunisie Médicale*, nov. 1912).

- CUÉNOD et NATAF. — *Le Trachome*. Paris, 1930, Masson, édit.
- DESGENETTES. — *Histoire de l'Armée d'Orient*, 1830.
- DODIEAU. — La lutte contre le Trachome en Algérie (*Arch. de Méd. et de Pharm. Milit.*, t. LXXVIII, 1923, pp. 410-417).
- DROUHIN. — Histoire de l'Ophtalmologie à Lyon (*Thèse de Lyon*, 1905).
- DUPOUY. — Statistique ophtalmologique du Centre ophtalmologique pendant la guerre 1914-1919 (*Thèse de Lyon*, 1926).
- FERRÉ. — Distribution géographique des granulations de la conjonctive dans la ville de Lyon (*Thèse de Lyon*, 1890).
- FOUGEROUSSE. — Etude clinique sur la contagion et la marche de la Conjonctivite granuleuse dans la région lyonnaise (*Thèse de Lyon*, 1897).
- HUTIN. — Traitement du Trachome par la diathermo-coagulation (*Thèse de Lyon*, 1930).
- JUNES. — À propos du Trachome (*Arch. d'Opht.*, juillet 1926).
- LACAN. — Le Trachome à Toulouse (*Thèse de Toulouse*, 1923).
- DE LAPERSONNE. — Rapport présenté à l'Académie de Médecine le 14 décembre 1920, sur la déclaration obligatoire du Trachome (*Arch. d'Opht.*, déc. 1920, p. 705).
- MENACHO. — Prophylaxie du Trachome (*Arch. de Oft. hispano-amér.*, juillet 1910).

MORAX. — Rapport sur un travail du Docteur Chappé intitulé « Les Trachomateux aux Armées » (*Bull. de la Soc. d'Opht. de Paris*, 1917, p. 240).

— A propos de la déclaration obligatoire du Trachome (*Soc. d'Opht. de Paris*, séance du 15 oct. 1921, pp. 236-242).

MORAX et PETIT. — Immigration et Trachome (*Arch. d'Opht.*, 1927).

— *Le Trachome. Conjonctivite granuleuse*. Paris, 1929, J. Morax, édit.

MARMOITON. — Essai sur la prophylaxie du Trachome (*Arch. d'Opht.*, 1927).

NICOLLE, BLAISOT et CUÉNOD. — Sur la pathogénie du Trachome. (*Séance de l'Acad. des Sciences*, 16 juillet 1912).

NICOLLE, CONSEIL et CUÉNOD. — Vaccination préventive contre la conjonctivite aiguë à B. de Weeks. Son importance dans la lutte antitrachomateuse. (*Ac. des Sc.*, 6 août 1923, in *Rev. du Trachome*, 1924, N° 1.)

PAGE. — Le Trachome et l'Emigration : les Hôpitaux de détention. (*Union Méd. du Canada*, 1^{er} nov. 1905, in *Rev. Gén. d'Opht.*, 1906, p. 115).

PARROT. — *Arch. des Ins'tit. Pasteur de l'Afrique du Nord*, 1921, t. I, p. 59.

PETIT. — Recherches sur le Trachome en Tunisie (*Ann. d'Ocul.*, Paris, 1921, p. 567).

— A propos de la déclaration obligatoire du Trachome. (*Soc. d'Opht. de Paris*, séance du 16 juillet 1921, pp. 189-202).

ROLLET (E.). — Histoire de l'Ophthalmologie à Lyon
(*Rev. Scient.*, 20 avril-6 mai 1905).

— Le Trachome (*Rev. Internat. de Méd. et Chir.*, avril 1912).

— *Recueil* des bulletins mensuels du Centre ophtalmologique de la XIV^e Région, en exécution de la Circ. ministér. 20.005 C/7 du 31 décembre 1914 (1^{er} janvier 1915-1^{er} décembre 1918).

— De l'augmentation du nombre des trachomateux à Lyon (*Bull. de la Soc. d'Opht. de Lyon*, mars 1928, vol. VII, p. 31).

THIERRY. — Trachome et climatothérapie (*Thèse de Lyon*, 1919).

WORMS et MARMOITON. — *Le Trachome*. Paris, 1929, Vigot, édit.

Ministry of the Interior, Egypt. Dept. of Public Health.
XVth Annual Report of the Ophthalmic Section. 1927.

The American Encyclopedia of Ophthalmologia, vol. XVII, article « Trachoma », p. 12.877.

XIII *Concilium Ophthalmologicum*, 1929 (Compte rendu), t. III, « Trachome ». Amsterdam, septembre 1929.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — Aperçu sur la répartition géographique du Trachome, et son histoire à Lyon :	
1° Répartition géographique	9
2° Histoire du Trachome à Lyon.	14
CHAPITRE II. — Statistique du Trachome à Lyon.	19
CHAPITRE III. — Les causes de l'augmentation du Trachome à Lyon.	31
CHAPITRE IV. — Le Trachome au point de vue social et sa prophylaxie.	41
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	51



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



